

## La flexibilidad en el encuadre musicoterapéutico

**Beatriz Vilche**

Musicoterapeuta, Universidad de Buenos Aires.

[beatrizvilche@yahoo.com.ar](mailto:beatrizvilche@yahoo.com.ar)

---



ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines (ISSN 2718-6199)

<http://revistas.unlp.edu.ar/ECOS>

ECOS es una publicación de Cátedra Libre Musicoterapia (UNLP)

Fecha de correspondencia:

Recibido: 23/09/2019; Aceptado: 14/10/2019

Todas las obras de ECOS están bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial - Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Puede copiarla, distribuirla y comunicarla públicamente siempre que cite su autor y la revista que lo publica (ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines) agregando la dirección URL y/o el enlace de la revista. No la utilice para fines comerciales y no haga con ella obra derivada.

### Cómo citar

Vilche, B. (2019) La flexibilidad en el encuadre musicoterapéutico.

*ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines*, 4(1), 71-79.

## Resumen

El siguiente estudio reflexiona sobre aspectos del tratamiento musicoterapéutico de un paciente con Polineuropatía del Paciente Crítico y Síndrome de Estrés Post traumático que inicia tratamiento musicoterapéutico en Marzo de 2019. La derivación por parte del equipo tratante apela al modelo neurológico musicoterapéutico de abordaje, ya que se espera del tratamiento que profundice en su rehabilitación sensorial y motriz. Sin embargo, luego de la evaluación, se advierte que el paciente requiere un abordaje que esté más vinculado a aspectos cognitivos y mentales, y emerge en cada sesión con la fuerza de lo urgente y primordial para el paciente. El encuadre propuesto en un principio comienza a modificarse, dando lugar a co-creaciones que van instaurando un lugar y un tiempo para la escucha, en un proceso que se desarrolla entre lo neurológico, lo emocional y vincular. A partir de este recorrido, se delinean interrogantes teóricos prácticos en la búsqueda del encuadre apropiado y los tiempos que requiere cada objetivo en el tratamiento del paciente.

*Palabras claves:* encuadre; musicoterapia; tratamiento; encuadre.

## Abstract

The following article reflects on the aspects of a patient's treatment with Polyneuropathy of the Critical Patient and Post Traumatic Stress Syndrome who begins music therapy treatment in March 2019. The referral of the treating team appeals to the Neurologic Music Therapy model, since treatment is expected to deepen in its sensorial and motor rehabilitation. However, after assessment, it is shown that the approach needed is more linked to cognitive and mental aspects, and emerges in each session with the force of the urgent and primordial for the patient. The framing proposed in those first sessions begins to change, giving rise to co-creations that are establishing a place and time for listening, in a process that far from being linear and constant, is torn between the neurological, emotional and binding aspects. From this path, practical and theoretical questions are outlined in the search of the appropriate framing, the times that each objective requires in the patient's treatment.

*Keywords:* framing; music therapy; treatment; framing.

## Introducción

## PPC y algo más...

*“¡No quiero más puertas cerradas!”*

*A, en sesión*

A principios del año 2019 me derivan un paciente con Polineuropatía del Paciente Crítico (en adelante PPC) (Paciente A). La PPC es una degeneración axonal primaria de las fibras motoras y sensitivas que se acompaña de degeneración de las fibras musculares como resultado de la denervación aguda que sufren. La PPC ocurre en pacientes críticos, especialmente en los que desarrollan sepsis grave con síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO).

El paciente se vio intervenido quirúrgicamente debido a un cáncer de colon, y luego incurrió en una sepsis, lo cual lo llevó a permanecer en Terapia Intensiva durante un mes.

**Una Vez que el paciente es dado de alta** comienza el tratamiento ambulatorio para neurorehabilitación, al cual asiste actualmente de manera independiente, conduciendo su automóvil. Allí se lo evalúa en las áreas de Fonoaudiología, Kinesiología, Terapia Ocupacional, Musicoterapia y Psicología.

En la entrevista de admisión a Musicoterapia, se aplica una evaluación de funciones motoras, sensitivas y cognitivas: el paciente realiza diversas actividades como marcha rítmica (evaluación de parámetros actuales de marcha, primer paso de la técnica RAS, por sus siglas en inglés Rhythmic Auditory Stimulation; Thaut, 2014), ejecución de instrumentos de percusión (evaluación de necesidades sensoriomotrices de miembros superiores e inferiores a través de TIMP, por sus siglas en inglés Therapeutical Instrumental Music Performance; Thaut, 2014), lectura de grafías analógicas (evaluando

funciones cognitivas como memoria, planificación ejecutiva, atención), relajación y respiración guiada y canto (evaluando coordinación fonoarticular y memoria). Como resultado de la evaluación neurocognitiva, se detectan diversas disfunciones motoras, sensitivas y cognitivas, como por ejemplo: marcha asimétrica, prensión incompleta en mano derecha, sensibilidad difusa en espalda, zona abdominal y planta del pie derecho, esquema corporal afectado, labilidad atencional, dificultad para completar la actividad. El paciente refiere fallas mnémicas, pesadillas y episodios de ansiedad y miedo. “*A veces me olvido de las palabras*” me dice. Anoto en el registro de la sesión: “*Duermo mal, tengo pesadillas, sueño que estoy atado y no puedo hablar*”. Estos datos, conjugados con los anteriores, dan cuenta de un Síndrome de Post Terapia Intensiva o SPTI.

Este síndrome presenta afecciones en tres grandes áreas: física, mental y cognitiva (HELD, & MOSS, 2019). En cuanto al área física, son los signos y síntomas más notables de debilidad y parestesias, denominadas en conjunto como Debilidad Muscular Adquirida y Polineuromiopatía. En cuanto al área Mental, se hace referencia a Depresión, Ansiedad y Síndrome de Estrés Post Traumático (en adelante SEPT). Finalmente, este síndrome comprende también alteraciones en las funciones ejecutivas, atención y memoria (área Cognitiva). Por un lado teníamos el diagnóstico de PPC y por otro lado, la médica psiquiatra refiere un SEPT. Aunado a los resultados de la evaluación neurocognitiva, esto significa que el paciente presenta un cuadro de Síndrome de Post Terapia Intensiva, y no solamente una PPC, como fue en un principio referido.

Comenzamos a trabajar con los siguientes objetivos: colaborar con el afianzamiento de una marcha más funcional y simétrica, fortalecer miembro superior derecho, fortalecer tronco y abdomen, relajar cintura escapular, favorecer respiración costodiafragmática.

Con el objetivo de bajar el nivel de ansiedad, muchas veces durante las primeras sesiones, practicamos respiraciones abdominales al ritmo de los cambios acórdicos de guitarra; partiendo desde el ritmo respiratorio del paciente hacia ritmos más lentos (Psicoterapia musical de apoyo; Bruscia, 2007)

Luego se instruyó al paciente para que dé cuenta de su estado mental y emocional general. El paciente registra un descenso de la ansiedad inmediatamente, con lo cual se recomienda la técnica para su uso en las circunstancias que lo requieran.

Conversando con los otros terapeutas del paciente, fonoaudiólogo y kinesiólogo, pude tomar en cuenta otras cuestiones que colaboraron con una mejor estrategia, observación y seguimiento del paciente (tipo de respiración que realiza el paciente, fases de la marcha que están afectadas y cómo se relacionan con los traumas físicos debido a intervenciones quirúrgicas).

En este artículo intentaré transmitir los aspectos positivos de un abordaje integral, haciendo hincapié en la flexibilidad del encuadre, respetando siempre la subjetividad del paciente. Como se verá, un abordaje neurológico en este caso es sólo una parte del tratamiento. Fue necesario trabajar con el diagnóstico más complejo y a la vez más específico de SPTI que con el de PPC, ya que este último no permitió ver todos los aspectos involucrados en el proceso de rehabilitación, como la reconstrucción de la identidad, la revisión del proyecto de vida, el afrontamiento de los episodios de ansiedad y/o depresión, e incluso la adhesión al tratamiento.

## Desarrollo

### Disonancias

***“Estoy construyendo un edificio derrumbado, desde las bases. ¿Es posible?”***

***A, en sesión***

Algunas veces el paciente no se encontraba de ánimos para realizar las propuestas musicales que se le ofrecían en el área. A veces “A” llegaba sumamente enojado, frustrado, o triste. A veces no iba a sesión. Luego retomaba y pedía disculpas. *“Hace tres días que no quiero ver a nadie”*. Pasaban unos días y mejoraba. *“Me siento bien cuando vengo a Musicoterapia, estoy planeando”* (volando suavemente).

De a poco pudimos hablar de lo que pasaba cuando estaba enojado, o asustado, o triste. Me contó que se asustaba cuando se quedaba solo. O se le perdía de vista su esposa en una multitud. Sentía mucho miedo. Y de a poco, también fueron saliendo escenas de la Terapia Intensiva: *“yo estaba solo mucho tiempo, y no podía hablar”* (por la traqueostomía) *“no entendía lo que pasaba, no sabía qué me iban a hacer”*, *“era lindo cuando venía alguien, aunque no pudiese hablar, por lo menos los podía ver un rato”*.

De a poco fui incluyendo estos aspectos emocionales en el tratamiento. Buscamos (terapeuta y paciente) afianzar un vínculo.

Dada la importancia del vínculo y la dimensión verbal del tratamiento, pareciera acertado ubicar esta práctica dentro del nivel intensivo de Musicoterapia y Medicina, tal como lo describe Bruscia (2007):

*“En el nivel intensivo puede ser que el cliente se relacione con el musicoterapeuta más como terapeuta que como músico, y es probable que la comunicación verbal*

*sea una dimensión importante de la relación cliente-terapeuta (...) existe la tendencia a considerar las necesidades del cliente en forma holística, sobre todo la responsabilidad asumida por el terapeuta para satisfacerlas". (pág. 146)*

*"Musicoterapia y Medicina puede incluir también la psicoterapia musical de apoyo, la terapia de actividad musical, la recreación terapéutica musical o cualquier práctica aumentativa que pudiera mejorar el tratamiento o la calidad de vida del cliente. Sin embargo los objetivos de otra área de práctica serán secundarios respecto de los objetivos médicos establecidos." (pág. 168)*

En la sesión número 10 le pedí a "A" que trajera ese cuadro que había pintado<sup>1</sup>, y que llamó "El grito". Me contó acerca del cuadro en sesión, y se me ocurrió utilizarlo para trabajar en la elaboración de algunas emociones.

El cuadro pintado por el paciente era una bellísima representación de un mulato (primer plano) en un grito que amplificaba con sus manos. Le propongo como intervención realizar de forma conjunta una improvisación musical dando como referencia el cuadro, él en piano y yo en guitarra. Salieron notas graves, disonancias, y silencios<sup>2</sup>. "A" dispuso el fin de la improvisación dejando de tocar, a la vez que me miró e hizo un gesto de "listo". Yo le pregunté luego de un rato: *¿Hay algo distinto o novedoso que hayas descubierto del cuadro que antes no habías notado?* "A" lo meditó unos segundos y luego dijo *"Sí, que el dolor, en el silencio, es más profundo"*. Volvió a referirse a la Terapia Intensiva, la incapacidad de comunicarse, y el silencio que también venía del otro lado, del lado del profesional de la salud.

---

<sup>1</sup> El paciente pinta en su tiempo libre, como entretenimiento.

<sup>2</sup> Cabe destacar que el paciente sabe de música dado que tomó clases de piano, guitarra y bombo durante su juventud.

Después le pedí que imaginara un sonido opuesto al de recién. Y le propuse una improvisación que tuviera como referencia “Si tuvieras que elegir un sonido opuesto, ¿cuál sería?”.

“A” disfruta mucho de la naturaleza. Y de sacar fotos. Y lo que le trae más alegría es la captura fotográfica de aves. A veces, al volver de un fin de semana en la naturaleza, me muestra las fotos de los pájaros que encontró. Pues bien, que el sonido de los pájaros sea su sonido opuesto al grito, no fue tan sorpresivo. Hicimos entonces una segunda improvisación, también a piano y guitarra, del sonido de los pájaros. Notas agudas, trinos, y juegos de notas entre octavas.

Al final de la sesión se levanta con dificultad “*me duele la espalda de tanto estar sentado*”. Claro. Tomo nota. Un tiempo para cada cosa. A cada actividad, el tiempo justo.

Desde el enfoque multimodal (Kertesz, 1985), se observan 7 modales básicos a partir de los cuales se puede describir cualquier conducta o situación humana; en este caso el estrés. Desde este punto de vista, la intervención ~~técnica~~ realizada se encuadra dentro del modal “Afectivo” (emociones), apelando a la sintomatología de ansiedad y depresión, desarrollando mediante la técnica, la toma de consciencia, identificación de emociones auténticas y expresión de las mismas.

En la sesión 12, “A” expresa: “*Tengo miedo a sentirme defraudado, a la violencia*”. El paciente ha empezado a disfrutar de algunas cosas. Ya no duerme tanto en el día, sino que se dedica a trabajar en la reparación de cuchillos (elabora mangos de madera, afila las hojas), cocina, juega con su perra, se dedica a su nieto. Sin embargo en sesión, refiere un miedo nuevo, a que lo engañen, a ser defraudado. No sabe de dónde nace ese miedo.



Varias sesiones después me explica que cuando ingresó al hospital para ser intervenido, nadie le anticipó que estaría meses internado. Él asumió que iba a estar en casa en una semana. ¿Es posible que este miedo a confiar y luego ser defraudado esté relacionado con esta experiencia? Es un nuevo factor que necesito tener en cuenta en el tratamiento del paciente.

### **El jangadero**

**“- Me siento en el ojo del huracán, muy alto y a toda velocidad.**

**- Y eso ¿cómo se siente?**

**- Horrible. ”**

**(A, en sesión)**

Luego de un tiempo, se instaló una dinámica que nos fue útil. El paciente realiza una auto evaluación de su estado de ánimo durante la semana, las eventualidades, las necesidades manifiestas y las no tanto (abordaje emocional). Luego realizamos las actividades de motricidad y esquema corporal, cantamos con respiración abdominal, hacemos ejercicios de relajación (relajamos hombros y cuello), incorporamos ejercicios para realizar en casa (abordaje neurológico).

El apoyo abdominal ha mejorado muchísimo; canta frases cada vez más largas, con mejor control de la columna de aire. Su capacidad de sostener la actividad por más tiempo (antes dos respiraciones, ahora 5 o 6) sin distraerse, me demuestra que hay mejorías en su atención. Refiere a su vez que meses atrás tuvo que lavar el auto en tres etapas, por el cansancio, y que ahora realizaba la misma tarea sin descansar, en una sola etapa.

Estos avances son fruto de un esfuerzo de equipo, en el que cada uno sostuvo la rehabilitación desde su encuadre, acompañando al paciente en cada praxia. Cabe destacar que la práctica del apoyo abdominal y la reeducación de la respiración fue un trabajo específico del área musicoterapéutica, así como también su aplicación en el canto y los ejercicios de marcha y premarcha. Aplicando el concepto de arrastre, se trabajó con estímulo musical medido (con una aplicación para DJ que permite modular los pulsos por minuto) y secuencias de movimiento de simples a complejas.

Tras varias sesiones ejercitando los acordes de un vals en guitarra, también ha mejorado su función ejecutiva: *“me di cuenta que no sé dónde tengo los dedos”* dijo en su primer intento. A la cuarta sesión, puede realizar los cuatro acordes seguidos, aunque mirando fijamente su mano. De igual manera, su incursión en el tango le ha dado nueva información sobre *“dónde están sus pies”* y ha profundizado en ello tanto en Musicoterapia como en Kinesioterapia.

El paciente adquiere durante el tratamiento, recursos de afrontamiento para su vida diaria. Esto se constata en la adquisición de una guitarra nueva por parte del paciente, y en el deseo de registrar todo el conocimiento que va adquiriendo en un cuaderno. Esto manifiesta la voluntad de enfocarse en el desarrollo de una práctica que lo conecta con el disfrute, y que además representa parte de su identidad previa. Una parte que no le provoca ansiedad ni estrés por el momento (se continúa evaluando). La música es una actividad que, en sus palabras, *tenía dormida*, y que salió a la luz en el proceso de rehabilitación en musicoterapia. La reconstrucción de la identidad es un factor clave en un proceso que requiere de un enfoque hacia la renovación del proyecto de vida, ya que la persona que sobrevive a la terapia intensiva no tiene los mismos recursos (motrices, emocionales, cognitivos) que antes de la internación.

El paciente también refiere compartir esta práctica con su nieto, con mucho orgullo y satisfacción (Recreación terapéutica musical; Bruscia, 2007) dando cuenta de una evolución que trasciende los límites de la sesión. Dado que las sesiones están centradas en la subjetividad del paciente, las propuestas que se realizan están siempre orientadas al disfrute personal y la recreación, esto aunado al objetivo cognitivo, motriz y/o emocional específico que se quiera abordar.

Comenzamos la sesión 20 conversando sobre su semana, y sobre algunos desencuentros que tuvo con una persona. Hace varias sesiones que estamos realizando algunos acordes. Quería empezar un tema nuevo y le pregunto “¿Qué te gustaría cantar?” Me dice: “El jangadero”. A mi pregunta, me explica que es un oficio que ahora no existe, por el cual una persona se encarga del transporte de troncos atados río abajo (jangada), parado él mismo sobre una jangada.

Mientras armamos los acordes en el piano, pienso en mi trabajo, y en su tarea, y cómo estamos logrando llevar adelante juntos un proceso que lejos de ser lineal y parejo, implica tantas facetas, cada una con sus propios tiempos de desarrollo. Tiempos de atar, tiempos de acelerar, tiempos de redirigir la jangada, y tiempos de disfrutar del paisaje.

## **Conclusión**

### **Proyecciones de la Musicoterapia**

**“Sos la llave de muchas cosas que tenía olvidadas”**

**“A” (a la musicoterapeuta), en sesión**

A lo largo de este viaje, con el paciente “A”, he investigado extensamente sobre el SPTI, sin poder hallar información sobre su tratamiento musicoterapéutico debido a lo reciente de su conceptualización teórica. El abordaje integral implementado presentó varios desafíos, evaluando paso a paso la demanda explícita e implícita, cuidando un vínculo que desde un principio se presenta frágil, porque el paciente está construyendo, de a poco y con muchas reservas, la confianza en sí mismo y en el profesional de la salud. Este aspecto pareciera ser fundamental en el tratamiento de este paciente.

Ser capaz de *escuchar* dónde duele, el lugar de la herida emocional, es una cualidad del musicoterapeuta por excelencia. Su especificidad en este tipo de tratamiento es evidente, ya que no es aquello que a primera vista se ve (su debilidad muscular, su parestesia) lo que está poniendo en jaque su rehabilitación, sino aquello que pareciera *está de más*: las pesadillas, los miedos, la desconfianza, el autoencierro, la tristeza. Ofrecer un *vínculo* comprometido, ético e informado, desde el interés genuino por su historia, su identidad y su rehabilitación, es el factor terapéutico por excelencia en este caso. Ética que se traduce en un tiempo de inflexión y escucha de la singularidad del paciente, para luego dar lugar al abordaje terapéutico de aquello que salió a la luz dentro de los marcos seguros de un encuadre y un vínculo.

“A” practicó la medicina toda su vida profesional, y luego de algunas experiencias actuales como paciente, en resonancia con otras más antiguas como profesional, reflexiona “*qué mal tratamos a los pacientes*”. Él es el paciente “A”, porque es el primer elemento de un recorrido que me llevó a conocer HUCI (Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos, Dr. Gabriel Heras), y a proyectar al musicoterapeuta como profesional en el área de Terapia Intensiva en la provincia de Neuquén (Argentina)

colaborando con la humanización de una labor que ya se está haciendo con mucho profesionalismo y de la mano de la ciencia y la tecnología sin lugar a dudas, pero que se puede mejorar, a la luz de la nueva información que nos dan nuestros pacientes.

La capacitación y contacto con otros profesionales del país se revela como una faceta importante de la labor clínica, ya que de no haber participado de las Jornadas de Musicoterapia del Sanatorio San José, que se realiza todos los años a cargo de la Lic. Karina Ferrari y su equipo de profesionales, quizás no hubiese conocido a tiempo las características de una Terapia Intensiva y de lo que se denominó Síndrome de Post Terapia Intensiva. Las prácticas de humanización en terapia intensiva no están expandidas aún en la región del Alto Valle de Neuquén y Río Negro, y es de vital importancia la comunicación y formación continua a través de congresos, jornadas y prácticas profesionales, con los colegas de otras regiones.

## Referencias

- Bruscia, K. E. (2007). *Musicoterapia. Métodos y Prácticas*. Ed. Pax México. México D.F.
- Held, N. & Moss, M. (2019). Optimizing Post-Intensive Care Unit Rehabilitation. *Turkish Thoracic Journal*, 20(2): 147-52.
- HERAS, G. *Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos*. Recuperado de: <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/author/gabihache/>
- Kertesz, R. & Kerman, B. (1985). *El manejo del stress*. Ed. IPPEM; Buenos Aires.
- Thaut, M. H., & Hoemberg, V. (2014). *Handbook of neurologic music therapy*. Oxford University Press; New York, NY, US.